

## Allegato 6. Aggiornato a settembre 2021

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE DEL TEST RAPIDO  
NASALE IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS**

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

(Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido nasale rivolto alla  
ricerca dell'antigene del coronavirus.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE DEL MINORE** \_\_\_\_\_**DATA DI NASCITA DEL MINORE** \_\_\_\_\_**NUMERO DI TELEFONO DEL GENITORE/TUTORE** \_\_\_\_\_